



## 5. PODATKI O VOZNIŠKEM IN PROMETNEM DOVOLJENJU (v primeru prometne nesreče, če je voznik zavarovana oseba)

Št. vozniškega dovoljenja in kategorija:	Veljavnost vozniškega dovoljenja:
Št. prometnega dovoljenja:	Veljavnost prometnega dovoljenja:

## 6. PRILOGE

- vsa zdravniška dokumentacija od prvega obiska zdravnika do zaključka zdravljenja
- fotokopija zdravstvenega kartona v delu zdravljenja nezgode (če je zdravljenje potekalo le ambulantno)
- dokazilo o statusu študenta oz. brezposelne osebe
- dokazilo o izvajanju fizikalne terapije
- vozniško in prometno dovoljenje (v primeru prometne nesreče)
- policijski zapisnik, če je primer obravnavala policija

V primeru smrti dostavite še:

- izpisek iz matične knjige umrlih
- dokazilo o vzroku smrti (obrazec Statističnega urada RS)
- sklep o dedovanju (če so kot upravičenci določeni zakoniti dediči)

Drugo:

## 7. IZJAVA

Izjavljam, da so vse moje zgornje navedbe resnične. Ugotovljena neresničnost moje izjave ima lahko poleg zavrnitve izplačila zavarovalnine tudi znake kaznivnega dejanja, na kar sem bil ob izpolnjevanju tega obrazca izrecno opozorjen. Pooblašчам in dovoljujem zavarovalnici Generali d.d., da lahko od vseh zdravstvenih in drugih ustanov ter organov pregona v mojem imenu zahteva in zbira vso zdravstveno in drugo dokumentacijo, ki je potrebna za ugotovitev temelja in višine obveznosti zavarovalnice. Seznanjen sem z informacijo o obdelavi osebnih podatkov, ki je dostopna tudi na [www.generali.si/vop](http://www.generali.si/vop).

Kraj in datum:

Kraj in datum:

Podpis zavarovane osebe ali upravičenca:

Podpis predstavnika zavarovalnice:

## 8. POTRDILO ZOBOZDRAVNIKA (izpolnite v primeru poškodbe zob)

Opis poškodb, ki jih je utrpela zavarovana oseba:

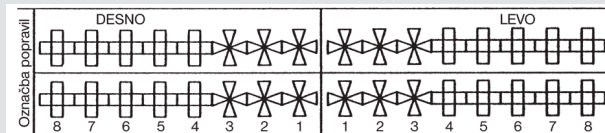
Ali gre za poškodbo stalnega zoba?

- NE
- DA

Ali je bil poškodovan zob pred nezgodo zdrav (ni bil predhodno zdravljen)?

- NE
- DA

Opis morebitnih posledic in pripombe zobozdravnika:



Kraj in datum:

Žig in podpis zobozdravnika: